Münster 1936 No 25/ Med DiSS

Aus dem Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)
Direktor: Prof. Dr. Többen.

Arzt und Lebensversicherung.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU
MÜNSTER (WESTF.)

vorgelegt von

Erwin Peter
aus Bochum.

1936

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei von Robert Kleinert in Quakenbrück.

Dekan der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. J ö t t e n.
Referent: Prof. Dr. T ö b b e n.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster i. Westf.

Unter Lebensversicherung verstehen wir eine Versicherung auf Gegenseitigkeit, bei der der eine Teil die Lebensversicherungsanstalt und der andere der Versicherungsnehmer ist. Dabei zahlt der Versicherungsnehmer fortlaufend eine festgesetzte Prämie, während der Versicherer dem Versicherten bzw. dessen Erben bei Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherungssumme voll auszahlt. Die Versicherung übernimmt dabei also das Risiko, bei vorzeitigem Ableben des Versicherten eine größere Summe auszuzahlen, als eingezahlt worden ist. Lediglich bei Selbstmord des Versicherten ist der Versicherer von der Zahlung der Versicherungssumme befreit. In diesem Falle ist nur die Prämienreserve zu erstatten. Der volle Betrag wird heute jedoch auch dann ausgezahlt, wenn der Selbstmord nach einer gewissen Karenzzeit, die im allgemeinen 1 bis 2 Jahre beträgt, erfolgt. Ist die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand geschehen, so ist der Versicherer immer zur vollen Leistung verpflichtet. Es muß jedoch ein ärztliches Zeugnis über die Unzurechnungsfähigkeit bei Begehung der Tat beigebracht werden.

Bei Eintritt des Todes des Versicherten sind der Versicherung zur Erhebung der Versicherungssumme amtliche Sterbeurkunde, ausführlicher Bericht des zuletzt behandelnden Arztes oder ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache beizubringen. Bei Verdacht auf Selbstmord durch Gift kann Sektion der Leiche durch die Versicherung angeordnet werden.

Wir unterscheiden nun Lebensversicherungen mit und ohne ärztliche Untersuchung. Die letzteren sind durchweg auf kleinere Versicherungssummen beschränkt. Außerdem werden gewöhnlich höhere Prämien sowie eine bestimmte Wartezeit verlangt. Vor Abschluß des Vertrages werden dem Versicherungsnehmer Fragen zur Beantwortung vorgelegt, die sich auf frühere Erkrankungen, evtl. behandelnde Aerzte, Erblichkeitsverhältnisse und dergl. beziehen. Nach diesen Ausführungen entscheidet der Revisionsarzt der Versicherung über die Aufnahme, nachdem er gegebenenfalls noch Zeugnisse der behandelnden Aerzte eingeholt hat.

In den meisten Fällen wird vor Abschluß des Versicherungsvertrages Untersuchung durch einen Vertrauensarzt der Versicherung gefordert. Ueber die Aufnahmefähigkeit des Antragstellers entscheidet schließlich auch hier der Revisionsarzt.

Der Gang des Aufnahmeverfahrens ist nun folgender: Derjenige, der sein Leben versichern will, wendet sich durch einen Agenten an eine Lebensversicherungsanstalt. Danach reicht er einen Antrag ein, in dem er der Versicherung „alle Umstände mitzuteilen hat, die für Uebernahme der Gefahr erheblich sind". Der Agent hat die Aufgabe, der Versicherung vertraulich über die ihm bekannten wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse des Antragstellers zu berichten. Danach erfolgt Befragung und Untersuchung durch den Vertrauensarzt. Dieser soll klinisch gut ausgebildet sein und muß sich klar machen, worauf es in der Lebensversicherung ankommt. Er soll durch gute Erhebung der Anamnese und durch objektive Schilderung des ärztlichen Befundes wichtige Unterlagen für die Entscheidung des Revisionsarztes der Versicherung liefern.

Bei Erhebung der Anamnese hat der Antragsteller Fragen über Namen, Alter, Wohnung, Beruf, Lebensweise, Erkrankungen, evtl. behandelnde Aerzte sowie über derzeitige Beschwerden und über Lebensgewohnheiten (Alkohol-, Nikotinabusus) zu beantworten. Desgl. wird nach Erkrankungen und Todesursachen von Angehörigen, insbesondere von Großeltern, Eltern und Geschwistern gefragt. Nach allen wichtigeren Erkrankungen muß, entsprechend dem Gutachtenvordruck, einzeln gefragt werden. Ferner ist der Antragsteller zu fragen, ob er schon bei einer andern Gesellschaft versichert oder abgelehnt worden ist. Der Vertrauensarzt muß bescheinigen, ob ihm die zu versichernde Person schon vorher bekannt gewesen ist oder wie er sich von deren Identität überzeugt hat (gültiger Personalausweis oder dergl.). Alle Angaben des Antragstellers gehen auf Treu und Glauben. Stellt es sich später heraus, daß der Versicherte „erhebliche Tatsachen" verschwiegen oder falsch angegeben hat, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, falls arglistige Täuschung vorliegt. Im Gegensatz zur Unfallbegutachtung, in der der Arzt an Simulation des Patienten zu denken hat, muß er bei Untersuchungen für Lebensversicherungen mit Dissimulation rechnen. Verschwiegen werden dabei vorwiegend hereditäre Belastungen, überstandene Krankheiten (insbesondere Lues), Krankheitsanlagen und Beschwerden sowie Alkohol- und Nikotinabusus. Auf diese Tatsachen muß der Arzt achten, da die Anamnese für die Versicherung von großer Wichtigkeit ist. Ist sie doch die Quelle für Erblichkeitsverhältnisse, evtl. erbliche Belastung, für persönliche Widerstandskraft, Lebensweise oder Berufsgefahren des Versicherungssuchenden. Der Arzt muß also versuchen, durch geschicktes Fragen möglichst

viel aus dem Antragsteller herauszuholen. Dafür ist es natürlich erforderlich, daß er das Vertrauen des Versicherungskandidaten gewinnt. Ferner soll sich der Arzt nicht damit begnügen, die Fragen des Vordruckes vorzulesen, sondern in einzelnen Fällen auch Erklärungen geben. Auf diese Weise wird es wohl fast immer gelingen, eine brauchbare Anamnese zu bekommen, wenn nicht der Versicherungsnehmer absichtlich etwas verschweigen will, um entweder den Vertragsabschluß zu erschwindeln oder aber um erforderliche Erschwerungen zu verhindern. Immer wieder sehen sich die Versicherungsgesellschaften gezwungen, wegen arglistiger Täuschung durch Antragsteller vom Vertrag zurückzutreten oder aber beim Tode des Versicherten die Auszahlung der Prämie zu verweigern. Zahlreich sind die veröffentlichten Beispiele (Doll, Feilchenfeld u. a.), und wie groß mag die Zahl sein, die nicht veröffentlicht ist. An den aus diesen Gründen folgenden Prozessen hat weder die Versicherung noch der Versicherte ein Interesse.

Der Erhebung der Anamnese folgt die genaue Untersuchung. Der Arzt hat besonders auch darauf zu achten, ob sich beim Antragsteller nicht Zeichen einer beginnenden oder schon vorhandenen geistigen Störung bemerkbar machen, die es vielleicht geboten erscheinen lassen, später eine nochmalige Untersuchung vorzunehmen. Es ist zu achten auf Gesichtsausdruck, Ausdrucksweise, Aussprache (Silbenstolpern), Gang und dergl. So beschreibt P a c h einen Fall von Paralyse, bei dem ihm auffiel, daß der zu Untersuchende, ein 38jähriger Eisenhändler en gros, auf die Frage, wann seine Mutter gestorben sei, antwortete: „Vor 25 Jahren, im Jahre 1915". (Fall wurde 1922 veröffentlicht.)

Bei der neurologischen Untersuchung muß nach Reflexanomalien und Pupillenstörungen gefahndet werden, da sie einen wichtigen Fingerzeig für beginnende Tabes, Paralyse oder andere Nervenkrankheiten bieten können, die eine Versicherung — wenigstens zu normalen Bedingungen — unmöglich machen. Auch hier muß, wie in allen Zweifelsfällen, durch spätere Nachuntersuchung oder Erweiterung der Untersuchung (z. B. Wassermann'sche Reaktion, fachärztliche Untersuchung) unbedingt Klarheit geschafft werden. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Pupillenstörungen vorhanden sind, ohne daß sonstige Anhaltspunkte für eine syphilitische Erkrankung gefunden werden. Es ist jedoch angebracht, auch hier nur mit Erschwerung zu versichern, da eine selbstverständliche Selbstsicherung des Versicherers die Ausschaltung vermeidbaren Risikos verlangt. Wie eine Versicherungsgesellschaft in einem solchen Falle handelte, beleuchtet ein Beispiel aus dem Material der Provinzial-Lebensversicherungsanstalt von Westfalen in Münster: Bei einem 34jährigen Verbandsrevisor zeigt sich bei der Aufnahmeuntersuchung, daß die rechte Pupille etwas entrundet und weiter ist als die linke. Außerdem ist rechts träge Lichtreaktion vorhanden.

Der Vertrauensarzt glaubt nicht an eine syphilitische Erkrankung. Die Untersuchung durch einen Nervenarzt hat das gleiche Ergebnis. Dieser schließt sich, da auch die Wassermann'sche Reaktion im Blut negativ ausfällt, der Ansicht des Vertrauensarztes an. Trotzdem erfolgt Versicherung nur mit Zuschlagsprämie bei gestaffelter Auszahlung der Versicherungssumme und zwar so, daß der volle Betrag erst vom 5. Versicherungsjahr an fällig wird.

Weiter ist bei der Untersuchung auf frische Injektionsstellen zu achten, die, wenn sie sich in der Ellenbeuge befinden, auf Salvarsaninjektionen hinweisen können. Hier berichtet P a c h über einen Fall aus seiner Praxis, bei dem ihm ein pustulöser Ausschlag an Stirn, Hals und Thorax auffiel, der an Scabies, Lues oder arteficielles Exanthem denken ließ. P. fand schließlich bei näherer Untersuchung „an der Beugefläche des rechten Ellenbogens eine quadratische Macerationsfläche, wie sie nach Applikation eines Pflasters nach einer Salvarsaninjektion zu entstehen pflegt". Das gleiche fand sich weniger frisch am linken Ellenbogen. Es stellte sich heraus, daß es sich um eine Lues handelte. Injektionsstellen am übrigen Körper, besonders wenn sie in Begleitung vieler Abscßnarben zu finden sind, deuten vielleicht auf Morphinismus des Untersuchten hin. Dabei ist daran zu denken, daß Morphinisten an allen möglichen Stellen des Körpers injizieren. Für alle diese Beobachtungen ist es natürlich erforderlich, daß sich der zu Untersuchende völlig entkleidet. Das gehört nun mal zu einer guten und genauen Untersuchung. Dann können solche Fälle nicht vorkommen, wie sie V a j d a beschreibt, daß der eine Arzt einen Untersuchten als oberschenkelamputiert bezeichnet, ein andrer Arzt aber im Attest bescheinigt, daß der Gang normal und der Kniesehnenreflex an beiden Beinen gut auslösbar sei. Daß weiter ein Situs viscerum inversus erst vom dritten Untersucher erkannt wird oder daß bei einem Untersuchten, der ein Glasauge trägt, drei Aerzte bescheinigen, daß die Pupillen gleich und mittelweit wären und tadellos auf Lichteinfall und Akkomodation reagierten, dürfte wohl Beweis genug dafür sein, mit welcher Leichtfertigkeit manche Untersuchungen vorgenommen und Atteste ausgestellt werden.

Weiter spielen Körpermaße und Gewicht bei der vertrauensärztlichen Untersuchung eine bedeutende Rolle. Bei den Messungen muß darauf geachtet werden, daß das Bandmaß entsprechend den Angaben genau angelegt wird und daß der Untersuchte das Ergebnis nicht willkürlich beeinflußt. Die Größe sollte ohne Schuhe, das Gewicht ohne Kleidung festgestellt werden, oder aber es ist genau anzugeben, ob in Schuhen gemessen, in voller oder halber Kleidung gewogen ist, damit der Revisionsarzt weiß, was er für seine Berechnungen von den Zahlen abzuziehen hat. F l o r s c h ü t z schreibt, „daß Maß und Zahl die Eck-

pfeiler sind, auf denen die Lebensversicherungsmedizin den Konstitutionsbegriff aufbaut, und daß diese in allen Fällen den festgegründeten Rahmen zu geben haben, in den die durch die klinischen Untersuchungen gewonnenen Befunde eingezeichnet der Vertrauensarzt dem Revisionsarzt das Bild der gesamten körperlichen Verfassung des Untersuchten zu übermitteln hat". Damit ist von einem erfahrenen Versicherungsmediziner auf die Bedeutung und den Wert der Messungen und des Gewichtes eindringlichst hingewiesen.

Von Bedeutung kann ferner, besonders bei älteren Leuten, die Bestimmung des Blutdrucks sein. Obligatorisch ist sie für Antragsteller vom 40. Lebensjahr an; doch wird angestrebt, sie schon vom 30. Lebensjahr an zu fordern. Daraus geht schon hervor, daß ihr heute ein größerer Wert beigemessen wird. Die Frage des Blutdrucks und seine Bedeutung wird noch an anderer Stelle eingehender erörtert.

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der vertrauensärztlichen Untersuchung ist die Urinuntersuchung. Hier ist zunächst zu beachten, daß der Antragsteller den Urin in Gegenwart des Arztes läßt, da immer wieder von Nieren- und Zuckerkranken versucht wird, mitgebrachten Urin von Gesunden unterzuschieben. Diese Kranken geben gewöhnlich an, daß sie nicht in Gegenwart anderer urinieren könnten. Da kann sich der untersuchende Arzt so helfen, daß er den Kandidaten im Nebenzimmer, möglichst bei offener Tür, urinieren läßt; es wird sich dann leicht feststellen lassen, ob frischer Urin gelassen worden ist, da in diesem Falle das Glas beschlagen sein und sich warm anfühlen muß. Mit welchen Mitteln Kranke vorgehen, zeigt V a j d a , der über einen Fall berichtet, in dem ein Arzt sich von zwei Kollegen in seinem Hause untersuchen ließ und diesen seine eigenen Chemikalien zur Verfügung stellte. Der eine Arzt benützte diese Gelegenheit und fand nichts, der andere nahm den Urin mit nach Hause und fand 3 % Zucker.

Im dritten Teil des Gutachtens hat sich der Vertrauensarzt darüber zu äußern, ob er die Angaben der zu versichernden Person für wahrheitsgetreu und richtig hält und ob irgendwelche lebensverkürzenden Einflüsse oder erbliche Belastung vorliegen.

Wir sehen also, daß der Vertrauensarzt der Lebensversicherung auf vielerlei zu achten und an vielerlei zu denken hat und welchen Wert seine Arbeit für die Lebensversicherungsgesellschaft hat.

Es wäre jetzt noch davon zu sprechen, wann der Vertrauensarzt haftpflichtig gemacht werden kann. Hierzu heißt es bei H ü b n e r : „Der Arzt haftet dem Versicherer z. B. für verspätete Einsendung der Atteste, ebenso für eventuelle Folgen ungenauer oder unvollständiger Untersuchung. Für schadensersatzpflichtige Handlungen des Arztes gegenüber dem Untersuchten haftet der Versicherer vorbehaltlich seiner Regreßansprüche gegen den Arzt (Wallmann 1912/13, 1, 489). Dies

trifft z. B. zu, wenn der Vertrauensarzt bei Ausfüllung des Formulars unklare Fragen falsch auslegt oder eine unsachgemäße Auskunft über die Beantwortung oder Nichtbeantwortung von Fragen gibt (Praxis d. Pr. Vers.-Rechts Bd. 1; S. 64)".

Nach Erledigung der vertrauensärztlichen Untersuchung kommt die ärztliche Auslese durch den Revisionsarzt der Versicherung. Sein Titel ist bei den einzelnen Gesellschaften verschieden; so finden wir auch die Bezeichnungen Chefarzt, Gesellschaftsarzt, Bankarzt, ärztlicher Direktor, Anstaltsarzt. Seine Aufgabe ist es, die Lebensprognose des Antragstellers zu stellen und die Versicherung zu beraten, ob und unter welchen Bedingungen dieser in die Lebensversicherung aufgenommen werden kann. Bei unvollkommenen oder unklaren Untersuchungsbefunden richtet der Revisionsarzt Rückfragen an den Vertrauensarzt, um Mißverständnisse zu beseitigen, oder er ordnet Nachuntersuchungen bezw. spezialärztliche Untersuchungen an. Diese spezialärztlichen Untersuchungen werden wieder nach besonderen Vordrucken gemacht. So haben wir Vordrucke für Herz-, für Lungenuntersuchungen, solche für Harn-Analysen auf Zucker sowie auf Eiweiß. Ist der Antragsteller früher schon ärztlich behandelt worden, so veranlaßt der Revisionsarzt gegebenenfalls die Einholung ärztlicher Berichte von den behandelnden Aerzten. Diese sogen. Hausarztatteste werden wiederum nach Vordrucken angefertigt und beziehen sich nur auf frühere Erkrankungen des Versicherungssuchenden und seiner Angehörigen. Der Arzt soll also den Antragsteller nicht mehr untersuchen, sondern den Bericht nach früher gemachten Aufzeichnungen anfertigen. Da alle behandelnden Aerzte aber an ihre ärztliche Schweigepflicht gebunden sind und nur von den Behandelten selbst davon entbunden werden können, verlangen die Versicherungsgesellschaften von jedem Versicherungsnehmer vor der Aufnahme eine besondere Erklärung, in welcher dieser alle Aerzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der betreffenden Versicherungsgesellschaft entbindet, die ihn früher behandelt haben, die, die ihn in den nächsten zehn Jahren behandeln werden, ferner diejenigen, welche ihn im letzten Jahr vor dem Tode behandeln und die die Todesursachen feststellen. Diese Entbindung von der Schweigepflicht bezieht sich ebenso auf die Ausstellung der ärztlichen Berichte bei Todesfällen. Dies ist besonders wichtig in den Fällen, in denen sich der Verstorbene der Deklarationsuntreue gegenüber der Versicherung schuldig gemacht hat, diese also die Auszahlung der Versicherungssumme verweigern kann, sowie bei Verdacht auf Selbstmord in den ersten Versicherungsjahren. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind die Sterbefallatteste aber auch deswegen, weil der Wert der nach ihnen aufgestellten Statistiken von ihrer Richtigkeit abhängig ist. Bei Selbstmord des Versicherten wird von den Erben meistens geltend gemacht, daß die Tat

in einem Zustand geschehen sei, der die freie Willensbestimmung ausschließe. Hier also hat der Arzt das Wort; er soll eine für die Versicherung und für die Erben wichtige Entscheidung treffen, die oft nicht sehr leicht ist. Der Arzt kann dabei leicht in Gewissenskonflikte kommen, wenn er als Hausarzt bei klaren Selbstmordfällen oder ihm bekannter Deklarationsuntreue des Verstorbenen den Bericht ausstellen soll, da er einerseits kein falsches Zeugnis ausstellen darf, andrerseits aber vielleicht den guten Ruf des Verstorbenen und der Angehörigen wahren will, ferner auch deshalb, weil er weiß, daß den Erben auf Grund seines Attestes die Versicherungssumme nicht ausgezahlt wird.

Ist der Arzt überhaupt verpflichtet, den Sterbefallbericht zu geben? Die Ansichten, auch der Juristen, sind da nicht ganz einheitlich. Rechtsanwalt Dr. Eugen Josef, Freiburg i. Br., nimmt dazu folgendermaßen Stellung: Weigert sich der Arzt, den Sterbefallbericht auszustellen, so kann der Versicherer die Auszahlung der Versicherungssumme verweigern. Es wird also dann auf einen Prozeß der bezugsberechtigten Erben gegen den Arzt hinauslaufen, in dem der Arzt verurteilt wird, den geforderten Bericht auszustellen. Er hat dann unter Umständen außer für die Prozeßkosten auch noch für allen Schaden aufzukommen, der den bezugsberechtigten Erben inzwischen entstanden ist. J. kommt zu folgendem Ergebnis: „Ist auf das Leben eines vom Arzt Behandelten eine Versicherung genommen, so übernimmt der Arzt durch die Behandlung stillschweigend dem Versicherten gegenüber die Verpflichtung zur Ausstellung von Zeugnissen und Auskünften, die aus der Versicherung dereinst Anspruchsberechtigte (der Erbe, Bezugsberechtigte oder sonstige Dritte) zur Erhebung der Versicherungssumme bedürfen wird. Der Behandelte (Versicherte) verzichtet auf die Schweigepflicht des Arztes, indem er einen Dritten in die Lage versetzt, die Rechte aus der Versicherung geltend zu machen, die der Versicherer nur bei Vorlegung jener Zeugnisse gewährt. Der aus der Versicherung Berechtigte hat danach auf Grund des zwischen dem Arzt und dem Versicherten über die Behandlung geschlossenen Dienstvertrages nach § 328 BGB. einen Rechtsanspruch gegen den Arzt auf Erteilung von Zeugnissen und Auskünften. Dagegen begründet dieser Dienstvertrag für den Versicherer keinen solchen Anspruch gegen den Arzt; doch kann der Arzt freiwillig auch dem Versicherer Zeugnis und Auskunft erteilen, da in § 11 AVB. dem Versicherer allgemein das Recht eingeräumt ist, Auskünfte und Nachweise selbst einzuziehen, der Versicherte aber hiermit auf die Schweigepflicht des Arztes verzichtet". Dieser Ansicht wird man sich im Interesse aller Beteiligten wohl am besten anschließen.

Neben dem vertrauensärztlichen Gutachten, den Zusatzgutachten und den Hausarztattesten bedient sich der Revisionsarzt noch der medizinischen Statistik. In dieser wird das mittlere Lebensalter für die einzelnen

Alters-, Berufs- und Gefahrengruppen aus dem großen Material der Versicherungsgesellschaften mit Hilfe der Mathematik berechnet. An Hand dieser Unterlagen stellt der Revisionsarzt die Lebensprognose des einzelnen Antragstellers und entscheidet über die Einreihung in eine bestimmte Risikogruppe. Bei den sogen. „normalen Risiken", d. h. bei den Antragstellern, deren Anamnese und Status praesens ein vorzeitiges Ableben nicht erwarten lassen, ist die Auswahl leicht. Die Schwierigkeiten kommen bei den als nicht normal angesehenen Risiken. Diese werden gewöhnlich in die „angepaßten", das sind die zweifelhaften Risiken, die von der einen Gesellschaft noch als normal, von der andern aber schon als anormal angesehen werden, und die wirklich minderwertigen Risiken, die nicht mehr zu normalen Bedingungen versicherbar sind, eingeteilt. Zum Schluß kommen dann noch die Antragsteller, die als völlig unversicherbar abgelehnt werden müssen. Auf diese Weise kommt die ärztliche Auslese zustande.

Die Versicherungsgesellschaften suchten zunächst nur die Gesunden bezw. diejenigen aus, von denen anzunehmen war, daß sie ein hohes Alter erreichen und dadurch kein großes Risiko für die Versicherung bedeuten würden. Um den Kreis der Versicherten zu erweitern, ermöglichten die Gesellschaften auch solchen Personen die Aufnahme, deren Veranlagung, Beruf oder sonstige körperliche Beschaffenheit ein vorzeitiges Ableben erwarten ließen. Naturgemäß waren die Versicherungen genötigt, nach einem Weg zu suchen, um das Mehrrisiko, das diese Mitglieder gegenüber den normalen Risiken bedeuteten, auszugleichen. Außerdem würde vom Standpunkte der normalen Risiken eine Behandlung der heute als minderwertige Risiken Angesprochenen zu gleichen Bedingungen im Hinblick auf Leistung und Erfolg (u. a. Dividenden) eine Härte, eine Ungerechtigkeit bedeuten. Jedem hier verantwortlichen Arzt möge der Sinn und Wert seines Untersuchungsergebnisses oder seines Hausarztattestes von dem einen wie dem andern Gesichtspunkte aus stets bewußt sein. Dann wird er die notwendig erforderlichen Angaben nach bestem Wissen und Gewissen machen, alle Fortschritte der Medizin durch Verwendung aller für die Versicherung brauchbaren Untersuchungsmethoden anwenden und damit dazu beitragen, daß eine gerechte Verteilung der Lasten zustande kommt. Objektivität und Nüchternheit sichern dem Arzt allseitiges Vertrauen, schaffen ihm die Basis für eine gedeihliche Arbeit, die Volk, Staat und Beruf von ihm kategorisch fordern.

Nach welchen Richtlinien treffen nun die Lebensversicherungsgesellschaften auf Grund der ärztlichen Auslese ihre Ausgleichsmaßnahmen? Ist das Risiko zu groß und mit Eintritt des Todes schon in kürzerer Zeit zu rechnen und eine Prognosestellung unmöglich, so wird der Antragsteller auch heute noch abgelehnt. Bestehen zur Zeit des Antrages

akute Erkrankungen oder ist in kurzer Zeit eine Operation zu erwarten, so erfolgt Zurückstellung bis zur endgültigen Klärung. Bei chron. Erkrankungen, die erfahrungsgemäß nicht im Verlaufe kürzerer Zeit zum Tode führen, oder bei erblich Belasteten und bei bestimmten Berufen kommt Ausgleich durch Prämien- oder Alterserhöhung oder zeitliche Begrenzung sowie gestaffelte Auszahlung der Versicherungssumme bei Prämienerhöhung in Frage.

Eine Neuerung, die für die Aerzte neue Aufgaben gebracht hat, von Amerika ausging und später auch von deutschen Lebensversicherungsgesellschaften übernommen wurde, ist die regelmäßige Untersuchung der gesunden Versicherten. Sie erfolgt bei freier Arztwahl alle drei Jahre auf Kosten der Gesellschaften und hat den Zweck, durch möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung evtl. vorhandener Erkrankungen die Lebensdauer der Versicherten heraufzusetzen. Ein Zwang zur Untersuchung besteht nicht. Bei diesen ärztlichen Beratungen besteht Wahrung des Berufsgeheimnisses gegenüber der Versicherung.

Es wäre nun noch zu prüfen, wie die einzelnen Konstitutionen und wichtigeren Erkrankungen vom Standpunkt der Versicherungsgesellschaften zu beurteilen sind.

Konstitution und Erblichkeit sind für die Lebensversicherungsmedizin Begriffe von großer Bedeutung. Um aber Rückschlüsse über Erblichkeitsverhältnisse ziehen zu können, sind genaue anamnestische Angaben erforderlich, die jedoch oft von Versicherungsnehmern nicht gemacht werden, da sie einerseits das Bestreben haben, schädliche Erblichkeitseinflüsse zu verschweigen, andrerseits aber tatsächlich oft nicht in der Lage sind, genaue Angaben zu machen. Vielen sind die Todesursachen der Eltern, viel mehr noch die der Großeltern unbekannt. Die Lebensversicherungsmedizin begrüßt es daher, daß heute großer Wert auf Aufstellung von Ahnentafeln gelegt wird.

Von größerer Bedeutung als die Erblichkeit kann daher die Konstitution des Versicherungsnehmers gelten. Nach Siegenbeek van Heukelom verstehen wir unter Konstitution eines Menschen die Summe der Eigenschaften eines Organismus, welche die Art und Weise seiner Reaktion auf äußere Einflüsse bestimmt. Da der Revisionsarzt den Versicherungskandidaten nicht selbst gesehen hat, er sich aber ein möglichst deutliches Bild von ihm machen muß, sind die Zahlenwerte (Gewicht und Messung) für ihn von größter Bedeutung. Aus dem Verhältnis von Körperlänge, Gewicht und den Umfangmaßen an den verschiedenen Körperstellen muß er Rückschlüsse auf die Konstitution des betr. Individuums ziehen.

Kretschmer unterscheidet drei Konstitutionstypen, den asthenischen, den athletischen und den pyknischen. Der letztere ist identisch

mit dem Habitus apoplekticus. Ueber die Beziehungen der einzelnen Konstitutionstypen zu bestimmten Krankheiten, so des Asthenikers zur Tuberkulose und des Pyknikers zu chron. Nieren- und Gefäßkrankheiten, soll jeweils bei Behandlung der verschiedenen Erkrankungen gesprochen werden. Der Idealtyp auch für die Lebensversicherung ist zweifellos der athletische. Es kommen natürlich fließende Uebergänge zwischen den einzelnen Konstitutionstypen vor.

Von besonderer Wichtigkeit für die Lebensversicherung sind die Herzkranken, da die Zahl der Todesfälle an Herzkrankheiten dauernd zugenommen hat. Auffallend ist dabei die Zunahme in den Altern unter 60, ja sogar unter 50 Jahren. Ein weiterer wichtiger Umstand ist die Tatsache der häufigen plötzlichen Herztodesfälle aus scheinbar voller Gesundheit heraus bei Leuten in mittleren Jahren, bei denen vom Vorhandensein eines Herzfehlers nichts bekannt war.

Wie sollen nun die einzelnen Herzerkrankungen beurteilt werden?

Zunächst muß unterschieden werden zwischen harmlosen Arhytmien, Neurosen und organischen Störungen. Desgl. muß genau feststehen, welcher Art der Herzfehler ist, in welchem Zustand sich der Herzmuskel befindet und wie hoch der Blutdruck ist. Gegebenenfalls ist zur Klärung genauere Untersuchung (Röntgen, Elektrokardiogramm, Funktionsprüfung) erforderlich. Bei der Beurteilung für die Lebensversicherung ist der Zustand des Herzmuskels maßgebend für die Versicherbarkeit. Weiterhin ist in Zweifelsfällen wichtig zu erforschen, was der Versicherungskandidat seinem Herzen zuzumuten pflegt. Dabei sind Alter, Beruf und Lebensweise von Bedeutung. Alle dekompensierten Herzfehler sind abzulehnen, da die Prognose immer zweifelhaft ist und plötzlicher Tod eintreten kann.

Von den Rhythmusstörungen ist die Arhytmia perpetua am ernstesten, während Extrasystolen meist harmloser Natur sind. Von den Klappenfehlern sind Mitralinsufficiens und Aortenstenose am günstigsten zu beurteilen, da sie den muskelstarken linken Ventrikel hinter sich haben Eine Ausnahme machen die auf syphilitischer Basis beruhenden Erkrankungen; sie sind immer schlechter zu beurteilen. Am günstigsten von allen Klappenfehlern ist die Mitralinsufficiens, da sie die geringste Sterblichkeit aufweist, am ungünstigsten die Aorteninsufficiens, obwohl auch sie den linken Ventrikel hinter sich hat. Sturm lehnte 1921 bei der „Hilfe", einer Versicherung, die ausschließlich minderwertige Risiken versicherte, alle Aorteninsufficienzen ab, da bei einem Versuch im Jahre 1919 schon in den beiden ersten Versicherungsjahren 20 % aller aufgenommenen Aorteninsufficienzen gestorben waren. Im Jahre 1932 berichtet er über die Erfahrungen bei der „Münchener Rückversicherung", die im Gegensatz zu denen der „Hilfe" nicht so schlecht sind. Doch wird dort sehr vorsichtig vorgegangen und gegebenenfalls ein-

gehende fachärztliche Untersuchung verlangt, damit ein möglichst genaues Bild von der Beschaffenheit des Herzmuskels gefunden wird. Klappenfehler des rechten Herzens werden prognostisch sehr ungünstig beurteilt, da der weniger starke Muskel des rechten Ventrikels schneller erlahmt. Einen Teil der Antragsteller mit Angina pectoris, Aortenaneurysmen und Aortitis luica hält Sturm bei sorgfältigster Auswahl gegen entsprechende Sicherung noch für versicherbar; doch ist daran zu denken, daß die Aortitis luica, besonders bei Leuten mittleren Alters, durch Einengung der Coronarien oft die Ursache von plötzlichem Tod bei einer Anstrengung „aus vollster Gesundheit" heraus ist.

Eng verbunden mit den Herzkrankheiten ist die Hypertonie, die jetzt oft schon nicht mehr lediglich ein Symptom, sondern eine selbständige Krankheit geworden ist. Volhard hat den Ausdruck „roter und weißer Hochdruck" geprägt. Der rote Hochdruck kommt meistens bei Pyknikern vor, während der weiße vorwiegend unter dem Einfluß gewisser Giftstoffe durch Verengerung der Kapillaren entsteht. Diese Giftstoffe können von Abbauprodukten, Infektionen (als Quellen kommen Tonsillen und kariöse Zähne in Frage), Harnsäure, Blei, Alkohol, Nikotin herrühren. Für die Beurteilung der Hypertonie in der Lebensversicherung ist es wichtig, die Ursache zu finden. Hypertonien bis 150 mm bei einer Amplitude von mindestens 50 mm sind ziemlich bedeutungslos, wenn es sich nicht gerade um jüngere Antragsteller handelt. Dagegen sind schwerere Fälle abzulehnen, besonders wenn es sich um Arteriosclerose der Hirn- oder Herzgefäße handelt. Ferner sind diejenigen Kandidaten abzulehnen, die an Erscheinungen wie Schwindel, Ohrensausen, Brustbeklemmungen, unregelmäßigem Puls leiden, außerdem alle, bei denen über dem Herzen laute Geräusche und ein klingender zweiter Aortenton und im Urin Eiweiß gefunden wird. In Zweifelsfällen müssen Lebensgewohnheiten und Konstitution (Habitus apoplecticus, Familienanamnese) zur Entscheidung herangezogen werden.

Wenn sich bei der Urinuntersuchung Eiweiß findet, so ist zunächst die Ursache der Eiweißausscheidung festzustellen. Handelt es sich um einfache Albiminurie, z. B. orthostatische Albuminurie, ohne Formelemente und ohne Herzveränderungen und Blutdruckerhöhung, so kann Versicherung zu normalen Bedingungen erfolgen. Sind aber Zeichen einer chron. Nephritis vorhanden, so ist noch Versicherung mit Zuschlag möglich, wenn es sich um leichtere Formen handelt. Dagegen sind Schrumpfnieren abzulehnen. Schlayer hält die Scharlachnephritis für besonders ungünstig. In allen Fällen von Nierenerkrankungen ist genaue klinische Untersuchung zu verlangen. Besonders wichtig sind Herzbefund, Blutdruck, Wasser- und Konzentrationsversuch sowie spez. Gewicht des Urins.

Nierensteine und Nierenbeckeneiterungen sind bis zur Heilung zurückzustellen.

Wie soll sich der Versicherungsarzt nun bei Nephrektomierten entscheiden? Hier ist zunächst zu ergründen, warum eine Niere entfernt wurde. Handelte es sich um eine Verletzung der Niere, so ist die Entscheidung ziemlich einfach. Anders ist es bei Exstirpation wegen Tuberkulose, Steinen oder Tumoren. Hier ist besonders darauf zu achten, daß die zurückgebliebene Niere gesund ist und daß sie die Funktionen der exstirpierten übernommen hat. Es handelt sich hierbei also um die gleichen Untersuchungen, wie sie angestellt werden müssen, bevor der Chirurg zur Operation schreitet. Bei Tumoren ist es wichtig zu wissen, welcher Art die Geschwulst war, und bei Steinerkrankung ist daran zu denken, daß bei Erkrankung der einen Seite auch gern die andere befallen wird. Versicherung kann mit Erschwerung erfolgen, wenn seit der Operation mindestens drei Jahre vergangen sind und sich herausstellt, daß die zurückgebliebene Niere die Funktionen der exstirpierten übernommen hat.

Bei der Prostatahypertrophie ist, wenigstens in schweren Fällen, eine Versicherung abzulehnen, da infolge Harnstauung und durch häufiges Katheterisieren eine Infektion unvermeidbar ist. Eine Prognose ist daher kaum zu stellen.

Eine große Aenderung ist im Laufe der letzten Jahre in der Beurteilung des Diabetes mellitus eingetreten. Während ursprünglich alle Versicherungssuchenden, bei denen im Urin positive Zuckerproben gefunden wurden, der Ablehnung verfielen, wurden später nur noch diejenigen ganz abgelehnt, bei denen der Zucker in jüngeren Jahren – vor dem 35. Lebensjahr — aufgetreten war. Wichtige Merkmale für die Aufnahme in die Lebensversicherung sind heute folgende: Alter des Versicherungskandidaten, Menge des ausgeschiedenen Zuckers in 24 Stunden, Toleranz für Kohlehydrate und Blutzuckerwerte. Als schwere Fälle haben diejenigen zu gelten, die mehr als 5 % Harnzucker, mehr als 150 mg% Nüchternblutzucker oder eine schlechte Blutzuckerkurve haben. Desgl. sind jugendliche und insulinrefraktäre Diabetiker, sowie solche mit Komplikationen (Tuberkulose, Furunkulose oder Arteriosklerose) schlechte Risiken. Im allgemeinen hält aber Alexander die Gefahr für nicht mehr so groß wegen der Möglichkeit der besseren Behandlung. Ein Beispiel aus dem Material der Provinzial-Lebensversicherungsanstalt von Westfalen: Ein 43jähriger Fabrikant, bei dem vor vier Jahren zum ersten Mal Zucker im Urin gefunden worden war, hat bei der Aufnahme in die Versicherung bei 0,5 % Harnzucker einen Nüchternblutzuckerwert von 140 mg%. Eine Blutzuckerkurve war nicht angelegt. Acetonprobe im Urin negativ. Es erfolgte Versicherung mit Prämienerhöhung. Es handelte sich hier also um einen leichten

Fall von Diabetes, der erst spät aufgetreten ist und infolgedessen mit Prämienerhöhung versichert werden konnte.

Eine Erkrankung, die früher als ein Schreckgespenst der Versicherungsmedizin galt, ist die Tuberkulose. Durch geeignete Auslese ist die Sterblichkeit jedoch so weit heruntergedrückt worden, daß sie heute lange nicht die Sterblichkeitsziffern der Herzkrankheiten erreicht. Von allen tuberkulösen Erkrankungen ist die Lungentuberkulose am ungünstigsten, die Drüsentuberkulose am günstigsten zu beurteilen. Aktive Lungentuberkulosen sind abzulehnen. Bei inaktiven Prozessen ist der Zeitpunkt des Stillstandes maßgebend. Konstitution, Heredität, Alter und soziale Verhältnisse sind Faktoren, die unbedingt berücksichtigt werden müssen. In allen Fällen ist spezialärztliche Untersuchung erforderlich. Dabei können Röntgen, Temperaturmessung und Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit wertvolle Hilfe leisten. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Konstitution. Konstitutionelle Disposition für Tuberkulose läßt sich schon vor der Infektion erkennen; denn wir haben es hier mit Asthenikern zu tun, die nach Bauer durch Veränderungen, die der asthenische Habitus an den inneren Organen vornimmt, eine gesteigerte Disposition zur Tuberkulose erhalten. Diese Veränderungen schaffen Kleinheit des Herzens und der Gefäße, vor allem aber anatomische Veränderungen der Lungen (Verlauf des Spitzenbronchus) sowie allgemeine Minderwertigkeit des Gewebes.

Da oft offene Lungentuberkulosen übersehen werden, die keine oder zu wenig physikalische Symptome bieten, verlangt Freund bei allen Aufnahmeuntersuchungen Röntgendurchleuchtung des Thorax. Demgegenüber beweist Runck an Hand von Statistiken, daß die Röntgendurchleuchtung bei allen Versicherungskandidaten für die Versicherungsgesellschaften zu teuer wird im Vergleich zu dem Erfolg, den sie zeitigen würde. Er gibt zu, daß „eine weitere Senkung der Tuberkulosesterblichkeit unter den Versicherten immerhin wünschens- und erstrebenswert ist, auch wenn diese Krankheit ihren Schrecken für die Versicherung verloren hat und nach den mitgeteilten Statistiken heute keine Gefahr mehr für sie bedeutet".

Bei Tod von Ehegatten oder anderen Angehörigen an Lungentuberkulose kann Versicherung evtl. ohne Zuschlag erfolgen, wenn inzwischen einige Jahre vergangen sind und Konstitution und status praesens des Versicherungssuchenden günstig sind.

Tuberkulosen anderer Organe können, wenn sie zum Stillstand gekommen sind, mit Erschwerung aufgenommen werden.

Von andern Lungenerkrankungen ist vor allem die Pleuritis zu nennen, da sie sehr oft tuberkulösen Ursprungs ist und eine dementsprechende Untersuchung und Beurteilung erfordert. Beim Lungen-

emphysem und der chron. Bronchitis spielt die Schwere des Falles die Hauptrolle. Schwere Fälle sind abzulehnen, während leichtere unter erschwerten Bedingungen aufgenommen werden können. Von größter Bedeutung ist immer der Zustand des Kreislaufs. Akute Erkrankungen (z. B. Pneumonie) sind zurückzustellen.

Von den wichtigsten Blutkrankheiten sind die perniciöse Anaemie sowie die Leukaemien zu nennen. Sie dürften wohl immer der Ablehnung verfallen.

Ebenso ist es bei allen malignen Geschwülsten. Dagegen hält Sturm die operierten Fälle, die fünf Jahre nach der Operation noch recidivfrei geblieben sind, für versicherbar. St. berichtet, daß bei der „Münchener Rückversicherung" 43 operierte Carzinom- und 20 operierte Sarkomfälle versichert sind, die alle noch leben, obwohl die Operation teilweise bis 15 Jahre zurückliegt.

Bei Beurteilung von Versicherungssuchenden, in deren Anamnese eine Schädelverletzung ist, müssen unbedingt Einzelheiten über Art und Ausdehnung der Verletzung erforscht werden. Handelte es sich sicher um eine reine Weichteilverletzung, so kann ohne Bedenken versichert werden. Es ist jedoch erforderlich, daß keine Knochenverletzung (Impression) übersehen worden ist. Darauf ist besonders bei Schußverletzungen (Streifschüssen) zu achten. Einfache Gehirnerschütterungen sind, wenn seit dem Unfall genügende Zeit vergangen ist und subjektiv und objektiv keine Erscheinungen mehr vorliegen, glatt versicherbar. Anders ist es bei Verletzungen des knöchernen Schädels. Hier ist zunächst wieder zu untersuchen, ob es sich nur um Knochen- oder auch um Dura-Gehirnverletzung handelte. Weiter ist wichtig zu wissen, welcher Art die Verletzung war; handelte es sich um ein Trauma durch stumpfe Gewalt oder sind Fremdkörper (z. B. Geschosse) in das Gehirn eingedrungen und waren diese infiziert? Für die Beurteilung dieser Fälle ist maßgebend, 1. welche Zeit seit dem Unfall verstrichen ist, 2. wie der Zustand des Knochens ist, 3. ob noch Fremdkörper im Schädelinnern sind und 4. welche Restsymptome vorhanden sind. Dazu wäre zu sagen, daß Versicherungskandidaten, die an größeren Ausfallserscheinungen wie Lähmungen, Sprach-, Sehstörungen, psychischen Störungen und Schwindelanfällen leiden, wohl immer abzulehnen sind. Außerdem sind auch die Fälle nicht mehr versicherbar, die Hirndrucksymptome bieten und diejenigen, bei denen noch Fremdkörper im Schädelinnern sind, da eine Prognose wegen der Gefahr der evtl. Folgekrankheiten, wie Cysten, Epilepsie, Hirnabscesse und Meningitis, besonders ihrer cystischen Form der sogen. Meningitis serosa circumscripta cystica, nicht zu stellen ist. Dagegen können die Schädelbrüche, die ohne Duraverletzung einhergegangen sind, mit Erschwerung aufgenommen werden, wenn keine wesentlichen Knochendefekte vorhanden

sind und die Versicherungssuchenden ihrer Arbeit wieder nachgehen können. Als Zeitraum, der zwischen Unfall und Versicherungsbeginn liegen müßte, können, je nach Schwere des Falles, zwei bis fünf Jahre gerechnet werden.

Von besonderer Bedeutung für die Lebensversicherung ist die Lues, da sie mit ihren Nachkrankheiten zweifellos verkürzend auf die Lebensdauer einwirkt und die Erkrankten sehr oft zur Deklarationsuntreue neigen, oft aber auch von einer Infektion wirklich nichts wissen. Hinzu kommt, daß die an Syphilis Vorerkrankten bei der Untersuchung keine Symptome ihrer Erkrankung zu bieten brauchen. Daher ist schon bei der Anamnese auf Zeichen zu fahnden, die auf eine syphilitische Infektion hindeuten können. Da kommen in Betracht häufige Kopfschmerzen, die besonders nachts auftreten, Schwindelanfälle, Schmerzen hinter dem Sternum, gastrische Krisen, lanzinierende Schmerzen, Unsicherheit beim Gehen, besonders im Dunkeln, recidivierende Hemiplegien, Charakterveränderungen, Nachlassen der geistigen Fähigkeiten und Gedächtnisstörungen. Aus der Familienanamnese sind wichtig spezifische Erkrankung von Eltern und Ehegatten, Fehl- und Totgeburten der Ehefrau, blinde oder schwachsinnige Kinder und Ausschläge bei Neugeborenen. Worauf bei der Untersuchung zu achten ist, haben wir schon früher gesehen. Hinzu kommen vielleicht noch die Zeichen der hereditären Lues, Symptomentrias von Hutchinson, sowie Sattelnase und Ozaena.

Wie steht es nun mit der Aufnahmefähigkeit der sicher an Syphilis Vorerkrankten in die Lebensversicherung?

H ü b n e r hält hereditäre Syphilitiker, die das 20. Lebensjahr überschritten haben, für versicherbar zu erschwerten Bedingungen. Nach seinen Untersuchungen sind zwei Phasen aller Lebendgeborenen gefährlich, das erste bis fünfte Lebensjahr und die Zeit der Pubertät.

Die Fälle mit frischer Lues sind im Stadium mit manifesten Symptomen zurückzustellen und später evtl. mit Zuschlägen zu versichern. Tabes ist in ihren schweren Formen nicht versicherbar; doch können leichtere Formen aufgenommen werden. Bei Paralyse erfolgte früher immer Ablehnung. Heute hält S t u r m behandelte Paralytiker, bei denen der behandelnde Arzt „volle organische und psychische Remission" bescheinigt und der Nervenarzt den Prozeß für stationär geblieben erklärt, für aufnahmefähig unter besonders erschwerten Bedingungen. Bei Gehirnsyphilis ist dagegen auch heute noch Ablehnung unter allen Umständen am Platze. Ueber Herz- und Gefäßschäden bei Lues wurde bereits an anderer Stelle gesprochen.

Bei Paralytikern ist noch ein Umstand erwähnenswert. Oft kommt es vor, daß diese bei Ausbruch der Erkrankung besonders hohe Versicherungsanträge stellen oder Nachversicherungen vornehmen wollen.

Wird jetzt die Krankheit nicht erkannt und der Versicherungsvertrag kommt zustande, dann ist später unter Umständen die wichtige Frage zu entscheiden, ob bei Abschluß des Vertrages die Paralyse schon bestand. Kann dies von der Versicherungsgesellschaft nachgewiesen werden, so kann sie vom Vertrag zurücktreten, da Geschäftsunfähigkeit des andern Teiles bei Abschluß des Vertrages vorlag.

Von andern Nervenkrankheiten wären als die wichtigsten multiple Sklerose, Encephalitis und Huntington'sche Chorea zu nennen. Kandidaten mit Huntington'scher Chorea und Postencephalitiker sind nicht versicherbar, während diejenigen mit multipler Sklerose unter Umständen noch versichert werden können, dann aber immer nur nach sorgfältigster fachärztlicher Untersuchung und mit besonderen Erschwerungen. So ist bei der Provinzial-Lebensversicherungsanstalt von Westfalen ein 35jähriger Bäckermeister, der an multipler Sklerose leidet, mit Prämienerhöhung bei gestaffelter Auszahlung der Versicherungssumme versichert. Die Auszahlung ist so gestaffelt, daß vom 10. Versicherungsjahr an der volle Betrag fällig wird.

Bei den übrigen Geisteskrankheiten hat wegen der bestehenden Selbstmordgefahr immer Ablehnung zu erfolgen. Hier ist schon bei geringstem Verdacht Vorsicht geboten und durch genaueste Erhebung der Anamnese, auch der Familie, Klarheit zu schaffen.

Von besonderer Bedeutung können auch Lebensgewohnheiten sein. Hier sind vor allem Morphinismus, Cocainismus, Alkoholismus und Nikotinabusus zu nennen. Bei Verdacht des Vorliegens einer dieser Gewohnheiten muß daran gedacht werden, daß Alkoholiker und Rauschgiftsüchtige zur Lügenhaftigkeit neigen und auch nach Entwöhnungskuren meistens wieder rückfällig werden. Während nun Nikotinabusus bei Fehlen von Störungen seitens des Herzens und des Zentralnervensystems kein Grund zur Ablehnung ist, müssen Rauschgiftsüchtige unbedingt abgelehnt werden. Bei ihnen besteht dauernd Selbstmordgefahr. Bei Alkoholikern ist äußerste Vorsicht geboten. Bei den Angehörigen des Alkoholgewerbes ist die Uebersterblichkeit besonders bis zum 50. Lebensjahr sehr hoch. Alkoholiker, die schon wegen Delirium tremens behandelt worden sind, müssen unbedingt abgelehnt werden, während alle andern höchstens mit Alterserhöhung versichert werden können. Bei der Untersuchung von Alkoholikern ist außer auf psychische Störungen auch noch auf andere Symptome zu achten. Hierhin gehören Neuritis alcoholica (Wadendruckschmerz), Nierenschädigungen im Sinne einer Schrumpfniere und Leberzirrhose. Bei Verdacht auf Leberschädigungen kann der Urobilinnachweis im Urin wertvolle Hilfe leisten.

Zum Schluß will ich noch kurz auf die wichtigste der gewerblichen Vergiftungen, die Bleivergiftung, eingehen. Zu achten ist auf Beruf und

Anamnese. Als Befund finden wir neben den Koliken den Bleisaum an den Zähnen und die charakteristische Hautfarbe. Die chron. Bleivergiftung wirkt lebenverkürzend.

Zusammenfassend wäre zu sagen, daß der Arzt heute nicht mehr aus dem Betrieb der Lebensversicherungsgesellschaften wegzudenken ist. „Die Wirkung der ärztlichen Auslese macht sich sehr nachdrücklich, und zwar besonders natürlich in den ersten Jahren der Versicherungsdauer bemerkbar. Sie verliert sich erst allmählich im Laufe der Zeit, erstreckt sich aber auf etwa 10 Jahre; sie bewirkt jedoch, daß die Sterblichkeit noch nach dem 20. Versicherungsjahr mehr als man gewöhnlich berechnet, hinter der allgemeinen Sterblichkeit zurückbleibt". (R e c k z e h). Des Arztes Arbeit ist Dienst am Ganzen, ist Hintanstellung des eigenen Persönlichen, ist unbegrenzte Verantwortlichkeit im kleinen wie im großen; sie verlangt darum auch bei der Tätigkeit für die Lebensversicherung und zwar nicht nur vom Revisionsarzt, sondern von allen mitarbeitenden Aerzten ein großes Maß von Können und Verantwortungsbewußtsein.

Schrifttum.

Alexander, Dr. med. Alfred: Ueber den Einfluß der Stoffwechselkrankheiten auf die Lebensdauer. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 29, Seite 82, Jahrgang 1929.

Arndts, Dr.: Die Aufgaben des Mediziners bei der Risikoauslese in der Lebensversicherung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XXII. Jahrgang, Heft 4, Seite 73, April Juni 1933.

Arndts, Dr.: Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungsmediziners. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung XXIV. Jahrg., Heft 3, S. 63, Juli/September 1935.

Banzhaf, Dr.: Ueber die Lebensdauer der Herzkranken. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XII. Jahrg., Heft 5/6, Seite 76. September/Dezember 1921.

Biedermannn, Landesrat Dr.: Ist der Arzt verpflichtet, den Hinterbliebenen eines Lebensversicherten die zur Erhebung der Versicherungssumme erforderlichen Bescheinigungen auszustellen? Versicherung und Geldwirtschaft, Nr. 27, Seite 305. Jahrg. 1925.

Doll, Geh. Hofrat Dr.: Ueber die Kunst, Anamnesen aufzunehmen. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XI. Jahrgang, Heft 4/5, Seite 64. Juli/Oktober 1920.

Doll, Geh. Hofrat Dr.: Konstitution und Körpermessung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XIV. Jahrgang, Heft 4, Seite 1. Oktober/Dezember 1925.

Doll, Dr. Hermann: Der Urobilinnachweis im Harn und seine Verwertbarkeit bei der vertrauensärztlichen Untersuchung für die Lebensversicherung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XXI. Jahrgang, Heft 3, Seite 41. Juli/September 1932.

Feilchenfeld, Dr. med. L.: Das Verschweigen von Vorkrankheiten bei der Lebensversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 29, Seite 89. Jahrgang 1929.

Feilchenfeld, Dr. med. L.: Die Versicherung minderwertiger Leben. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. IV. Jahrgang 1915, Heft 1, Seite 12 und Heft 3 Seite 40.

Feilchenfeld, Dr. med. L.: Lehrbuch der praktischen Versicherungsmedizin. Berlin 1927.

Fischer, Dr. Fritz: Die Lebensversicherung und die Aerzte. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XVII. Jahrgang, Heft 3, Seite 39, und Heft 4, Seite 51. Juli/September 1928.

Fischer, Dr. Fritz: Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungsmediziners. (Diskussionsbemerkungen). Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XXIV. Jahrgang, Heft 2, Seite 37. April/Juni 1935.

Fischer, Dr. Fritz: Aerztliche Todesbescheinigung bei Selbstmord. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XII. Jahrgang, Seite 82. Oktober/Dezember 1933.

Fleischmann, Prof. Dr. Paul: Die Bedeutung des Blutdrucks für die Lebensversicherungsmedizin. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 27, Seite 160. Jahrgang 1927.

Florschütz, Prof. Dr.: Die Lebensversicherungsmedizin in ihrem Aufbau und in ihrer Bedeutung für die medizinische Wissenschaft. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XII. Jahrgang, Heft 1/2, Seite 2. Januar/April 1921.

Florschütz, Prof. Dr.: Körpermessungen und kein Ende. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XIV. Jahrgang, Heft 2, Seite 6. April/Juni 1925.

Florschütz, Prof. Dr.: Die Medizin in der Lebensversicherung von heute. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XV. Jahrgang, Heft 3, Seite 33. Juli/September 1926.

Florschütz, Prof. Dr.: Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. Versicherungsbibliothek, Band III. Berlin 1914. Herausg. Prof. Dr. Manes.

Florschütz, Prof. Dr.: Lebensversicherungsmedizin. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. V. Jahrgang, Heft 5, Seite 65.

Florschütz, Prof. Dr.: Die periodischen Untersuchungen anscheinend Gesunder. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. VI. Jahrgang, Heft 3 und 4, Seite 33.

Freund, Dr. A.: Die Bedeutung der Thoraxdurchleuchtung für die Aufnahmeuntersuchung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XVIII. Jahrgang, Heft 3, Seite 34. Juli/September 1929.

Graßmann, San.-Rat Dr. Karl: Zur neuzeitlichen Begutachtung von Herz- und Gefäßkrankheiten für Lebensversicherungen. Münchener Medizinische Wochenschrift 1926, Seite 737.

Hübner, Prof. Dr. A. H.: Die psychiatrisch-neurologische Begutachtung in der Lebensversicherungsmedizin. Leipzig 1928. Verlag G. Thieme.

Hymans v. d. Bergh, Prof. Dr.: Lebensversicherungsmedizin. Berlin 1925. Verlag Julius Springer.

Kretschmer, Prof. Dr. Ernst: Körperbau und Charakter. Berlin 1925, Seite 16. Verlag Julius Springer.

Linsmayer, Dir. Dr. jur. Walter: Zur Durchführung der periodischen ärztlichen Beratung in der Lebensversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band 27, Seite 290. Jahrgang 1927.

Pach, Dr. Heinrich: Zwei interessante Lebensversicherungs-Untersuchungen. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XIII. Jahrgang, Heft 4, Seite 62. Juli/August 1922.

Pitschke, Dr. jur.: Gesundheitsfürsorge und Lebensversicherung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XV. Jahrgang, Heft 4, Seite 49. Oktober/Dezember 1926.

Reckzeh, Dr. Paul: Soziale Medizin. Berlin 1915. Verlag S. Karger.

Reckzeh, Dr.: Die Lebensversicherung der Abgelehnten. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XI. Jahrgang, Heft 4, Seite 59. Juli/Oktober 1920.

Roßnitz, Oberstabsarzt a. D. Dr.: Nochmals der Blutdruck. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XVII. Jahrgang, Heft 4, Seite 49. Oktober/Dezember 1928.

Runck, Dr. F.: Ueber gesundheitliche Familiengeschichte und Verletzung der Anzeigepflicht. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XXIII. Jahrgang, Seite 73. Oktober/Dezember 1934.

Runck, Dr. F.: Zur Gefahr der „unbemerkten Tuberkulose“ für die Lebensversicherung. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XXIV. Jahrgang, Heft 1, Seite 1. Januar/März 1935.

Schellitzer, Dr. Hermann: Konstitutionslehre und Versicherungsmedizin. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XV. Jahrgang, Heft 4, Seite 58. Oktober/Dezember 1926.

Sturm, Dr. Josef: Die gesundheitlich minderwertigen Leben und die Versicherungs-Medizin. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XII. Jahrgang, Heft 3, Seite 33. Mai/Juni 1921.

Sturm, Dr. Josef: Konstitution und Tuberkulose. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XII. Jahrgang, Heft 5/6, Seite 73. September/Dezember 1921.

Sturm, Dr. Josef: Neuere Ergebnisse in der Versicherung anormaler Leben. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XXI. Jahrgang, Heft 2, Seite 17. April/Juni 1932.

Sturm, Dr. Josef: Die heutigen Aufgaben des Lebensversicherungsmediziners. (Diskussionsbemerkungen.) Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XXIV. Jahrgang, Heft 3, Seite 57. Juli/September 1935.

Vajda, Dr. Karl: Kasuistik aus dem Gebiet der Lebensversicherungsmedizin. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XVII. Jahrgang, Heft 1, Seite 10. Januar/März 1928.

Weicksel, Prof. Dr. J.: Ueber die Begutachtung von Herz- und Gefäßkrankheiten. Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. XX. Jahrgang, Heft 3, Seite 41. Juli/September 1931.

Josef, Rechtsanwalt Dr. Eugen: Die Verpflichtung des Arztes zur Ausstellung von Zeugnissen bei der Lebensversicherung. Versicherung und Geldwirtschaft Nr. 31, Seite 355. Jahrgang 1925.

— Zur Versicherung der Nephrektomierten. Aus Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung, XXII. Jahrgang, Heft 2, Seite 37. April/Juni 1933.

Volhard, Prof. Dr.: Ueber doppelseitige hämatogene Nierenerkrankung. Neue Deutsche Klinik. Handwörterbuch der praktischen Medizin. Band 8, Seite 107. Herausg. Prof. Dr. G. Klemperer und Prof. Dr. F. Klemperer. Verlag Urban und Schwarzenberg 1931.

Schlayer, Prof. Dr. C. R.: Nierenkrankheiten in der Praxis. Klinische Lehrkurse der Münchener Medizinischen Wochenschrift Band 6, 1926. Verlag J. F. Lehmann, München.

Lebenslauf.

Am 13. Januar 1907 wurde ich in Werne (Kreis Bochum) als Sohn des Kaufmanns Friedrich Peter und seiner Ehefrau Henriette, geb. Harke, geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule meines Geburtsortes besuchte ich von Ostern 1917 bis Ostern 1926 das Realgymnasium zu Langendreer, das ich mit dem Zeugnis der Reife verließ. Danach studierte ich Medizin an den Universitäten Bonn, Marburg, Hamburg und an der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf. Am 13. Mai 1929 bestand ich in Marburg die ärztliche Vorprüfung und am 29. Januar 1932 in Düsseldorf die ärztliche Staatsprüfung. Das vorgeschriebene praktische Jahr absolvierte ich an der Augusta-Krankenanstalt in Bochum und am evangelischen Krankenhaus in Gelsenkirchen. Danach war ich 1½ Jahr am Kreiskrankenhaus in Hoyerswerde (O.L.) und ½ Jahr am Städt. Krankenhaus in Eisenach als Assistent tätig. In den Sommermonaten des Jahres 1935 habe ich Urlaubsvertretungen bei prakt. Aerzten gemacht.